心理健康服务的文化胜任力：理论取向与实践策略*

陈子晨[1]　姜鹤[1]
[1]（南开大学周恩来政府管理学院社会心理学系，天津 300350）

摘要：心理健康服务的文化胜任力随着欧美对多元文化群体的重视而逐渐发展起来。该领域存在两种不同的理论取向及相应的实践策略。内容取向关注静态的、结构化的文化胜任力；过程取向则关注动态的、非结构化的文化胜任力。两种取向的异同体现了文化胜任力的研究和实践中对文化特异性和普遍性因素的平衡。在此基础上，本文最后讨论了如何参考国外经验，立足中国现实问题和加强社会心理服务体系建设的大背景，来发展中国的文化胜任力。

关键词：文化胜任力　心理健康服务　心理咨询　心理治疗　多元文化主义
分类号：

Cultural competence in mental health services: Theoretical orientations and practical strategies

Chen Zichen[1]　Jiang He[1]
[1] (Department of Social Psychology, Nankai University, Tianjin 300350, China)

Abstract: The cultural competence of mental health services has gradually developed as increasing attention has been paid to the cultural diversity of Europe and North America. There exist two differing theoretical orientations with similar practice strategies. The content-oriented approach emphasizes static, structured cultural competence, while the process-oriented approach stresses dynamic, unstructured cultural competence. The similarities and difficulties of the two orientations are manifestations of a balance between cultural specificity and generality in the studies and practices of cultural competence. The paper finally explores how to promote cultural competence in China based on experiences abroad and Chinese realities within the context of improving the system of public psychological services.

Key words: cultural competence　mental health services　counselling　psychotherapy　multiculturalism

心理健康与文化具有千丝万缕的联系。近年来，全球化趋势和移民潮的扩大又给欧美国家的心理健康服务带来了更多文化压力。在这些背景下，多元文化的心理健康服务受到研究者和实践者越来越多的关注。这个领域面临一个核心问题，即服务提供者与服务对象不同的文化背景会给干预的有效开展造成障碍。文化胜任力作为突破此类障碍的一种能力，已成为一个极具发展潜力的概念。

* 本文系天津市哲学社会科学规划项目“文化心理学视角下躯体化障碍的本土解释模式”（项目编号：TJJXQN18-001）的研究成果之一。

1 文化胜任力的概念及其发展

心理健康服务是指“运用心理学及医学的理论和方法，预防或减少各类心理行为问题，促进心理健康，提高生活质量，主要包括心理健康宣传教育、心理咨询、心理疾病治疗、心理危机干预等”（国家卫生健康委员会疾病预防控制局, 2016）。心理健康服务的文化胜任力（cultural competence）是指服务提供者（如咨询师或治疗师个体，有时也指服务机构或组织）应对文化问题的一系列能力，它可以让服务提供者对来自多元文化群体的来访者进行更有效的干预（Sue, Zane, Hall, & Berger, 2009）。在心理健康服务领域，这一概念主要反映了西方（特别是北美地区）面临的文化问题、族群问题以及相关社会和政治氛围，离不开对心理健康服务中“白人特权”（white privilege）的反思（Johnson & Williams, 2015; Spanierman, Poteat, Whittaker, Schlosser, & Arévalo Avalos, 2017）。20 世纪 80 年代，在美国社会对少数族群健康不平等问题的关注下，心理健康服务领域引入了活跃于医疗护理行业的“文化胜任力”（Cross, Bazmn, Dennis, & Isaacs, 1989, p.7）概念来增强自身对心理健康问题中社会文化因素的敏感性。在心理咨询领域内部，也产生了一些基于多元文化咨询理论的类似概念，如跨文化咨询胜任力（Sue et al., 1982）和多元文化咨询胜任力（Sue, Arredondo, & McDavis, 1992）。这两方面的来源共同形成了心理健康服务文化胜任力的理论基础。

21 世纪以来，随着全球化趋势和移民压力的扩大，心理健康服务的文化胜任力受到更多关注。很多曾在 20 世纪 60 到 80 年代争取少数群体健康平等的学者，继续领导着新世纪的心理健康文化胜任力运动，提倡心理健康服务及其实践者需要具备某些形式的文化胜任力，如重视多元文化或呼吁“文化有价”（culture counts）（Nanda & Warms, 2017, p.50），了解多元文化中不同个体的文化背景、价值体系和治疗需求，给予足够的人文关怀等（Aggarwal, Cedeño, Guarnaccia, Kleinman, & Lewis-Fernández, 2016; Kleinman et al., 2016）。除了更加深刻和富有时代性的理论革新，实践尝试也不断具体化和多样化。多国相关机构和组织根据自身需要建设了文化胜任力的培训体系。如美国心理学会专门发布了多元文化实践指南（American Psychological Association, 2003, 2017a），并且在伦理规范（American Psychological Association, 2017b）和卫生服务心理学项目的认证标准（American Psychological Association, 2015, p.3）中也提及对文化敏感性和胜任力的要求，包括注重种族、民族、语言、性取向、社会经济地位等社会文化因素的作用。类似培训已经在北美地区的专业心理学教育中得到广泛认可（Benuto, Singer, Newlands, & Casas, 2019）。欧洲精神病学会发布的文化胜任力培训指南则主要针对欧洲的多元文化群体，特别是移民的心理健康工作（Schouler-Ocak et al., 2015）。澳大利亚心理学委员会在实习项目指南中将针对多元群体的工作能力列入核心胜任力，重点提及澳洲原住民群体的相关问题（Psychology Board of Australia, 2017, p.7）。

当文化胜任力的关注度逐步提升时，它和由医学领域引入的另一种热门观念，即循证实践（evidence-based practice）发生了碰撞。二者在一些关键点上的分歧，以及应如何解决分歧、相互结合，都成为理论界争论的焦点（Gone, 2015; Good & Hannah, 2015）。而这场争论中的一个核心问题，就是文化胜任力应采用什么样的理论取向和实践策略。

2 两种理论取向及其实践策略

根据关注心理健康服务的视角不同，文化胜任力的理论和实践可以分为两种取向，即内容（content）取向和过程（process）取向。它们分别从文化胜任力本身的“内容”与实现文化胜任力的“过程”入手，探索如何提升多元文化心理健康服务的质量，以及平衡其中的文化特异性（cultural specificity）与文化普遍性（cultural generality）因素。

2.1 内容取向

内容取向主要关注文化胜任力的静态、结构化的“内容”，即服务提供者（个体或组织）或服务活动（干预方法或服务体系）满足特定多元文化群体需求的能力和特征（Huey, Tilley, Jones, & Smith, 2014）。按照具体实践策略的不同，内容取向又可以分为两种模型：一种模型可被称为“基于技能的模型”（skill-based model）或简称技能模型，它主要关注服务提供者的特征（Sue et al., 1982; Sue, 2001）；另一种模型可以称为“适应”或“改编”模型（adaptation model），它主要关注服务本身（疗法或政策、制度）的特征（Bernal, Bonilla, & Bellido, 1995; Bernal, Jiménez-Chafey, & Domenech Rodríguez, 2009）。

第一，基于技能的模型是心理健康服务领域最早发展出来的一种文化胜任力模型，最初是以多元文化咨询理论作为基础（Sue et al., 1982; Pedersen, 1988）。影响最为广泛的技能模型是 Sue 等研究者（Sue, Arredondo, & McDavis, 1992; Sue et al., 1982; Sue, 1998）提出的多元文化咨询胜任力模型，其中整合了多种与文化相关的咨询师能力，比如识别干预过程中不同文化信念或态度的影响，察觉自身的文化认同和文化偏见、理解来访者的世界观、形成恰当的干预策略等。在该模型的基础上 Sue（2001）进一步构建了更为详细的三维度文化胜任力模型：第一个维度是根据美国族群划分的五种多元文化视角（非裔、亚裔、拉丁裔、美洲原住民和欧裔），第二个维度是文化胜任力的三元成分（信念/态度、知识和技能），第三个维度则是文化胜任力应用的四个“焦点”（foci）或者说应用水平（个体、专业、组织和社会）。由此可见，此类文化胜任力模型针对的主要是个体实践者的能力和特质，包括指向特定种族或民族的知识、技能、态度、意识等。其实践策略是通过建立细致而复杂的多层次能力指标体系，来评估和提升心理健康服务提供者针对特定文化群体来访者的技能和能力。

技能模型对咨询师或治疗师个体能力的关注主要反映了文化胜任力发展初期的一种实践需求，即形成清晰的标准化指南或职业能力清单，然后按照清单逐一开设相关培训课程，以期提升实践者相应的能力。因为技能模型很多是来源于由上至下的理论建构，其实践方式（多层次、多种类的课程培训）也较为繁复，所以采用随机对照试验等标准方法提供的证据也相对较少（Huey et al., 2014）。但是，因为这类模型包括的内容极为系统和全面，它仍成为一些文化胜任力测量和评价指标所参考的对象（Gillem et al., 2016）。当前各国专业协会发布的文化胜任力服务指南中，不少都使用着有所变化的“技能模型”。这些模型总体上说保持着技能模型的静态、结构化特点，但弱化了其强调特定族群文化的特异性色彩，而增强了模型的文化普适性。比如加拿大精神病学会开发的文化胜任力培训指南，将学习目标分为态度（attitude）、知识（knowledge）与技能（skill）三种成分，但不再强调以美国人口普查法为依据的五族群分类，而是根据实践者的角色提供了文化与健康、心理病理、临床实践、政策与制度等结合的四大主题板块（Kirmayer et al., 2012）。欧洲的文化胜任力培训指南也采用类似方法将文化胜任

力划分为文化知识、文化技能与文化态度三个维度，以及个体与组织两个层次（Schouler-Ocak et al., 2015）。

第二，适应模型（或改编模型）是随着多元文化心理健康服务的实证研究而发展起来的另一种内容取向模型（Huey et al., 2014）。不同于基于技能的文化胜任力模型强调“人”的能力内容，适应模型更关注“服务”本身的内容，比如对干预方法及其指南、操作手册等进行语言、概念、价值观的文化性改编（adapted）或定制（tailored），以使服务内容与特定种族或民族的文化信念、态度或行为更加一致（Bernal, Jiménez-Chafey, & Domenech Rodríguez, 2009）。改编疗法从本质上说就隐含着跨文化心理学的一个基本的默认假设，即疗法的核心部分具有跨文化的普适性。同时适应模型又往往以一个定义明确的特定文化群体为目标群体。这便构成该类模型结合文化特异性与文化普遍性视角的基础。

常见的文化改编通常有两种思路，一种是由上至下的思路，即先建立一个如何改编疗法的通用理论框架，然后按照此框架来对具体疗法进行改编。这种思路更偏向突出改编的文化普适性。比如，Bernal, Bonilla 和 Bellido（1995）针对应改编哪些因素提出一套理论框架，其中包括语言匹配、人（服务者与服务对象）的（种族或民族）匹配、隐喻（文化符号或习语）、内容（文化知识）、概念、目的、方法（保证治疗方法/过程适用于来访者的文化）以及背景等。Hwang（2006）提出的心理治疗改编和调整框架（Psychotherapy Adaptation and Modification Framework, PAMF）则是一种结合了普遍性问题、特异性原则与疗法调整基本原理的三维文化改编模型，其中用来指导改编的主题领域包括理解疗法的动力问题、文化复杂性、关于心理问题的文化信念、改善治疗关系、理解病痛表达和沟通的区别等。Hwang 等（2015）运用此方法进行了美籍华人抑郁症患者的认知行为疗法（cognitive behavioral therapy, CBT）改编研究，并提出这一框架可扩展到其它族群的心理治疗改编中。

文化改编的另一种思路是由下至上，即先在目标文化群体和利益相关者中收集关于疗法临床实践的文化信息（比如治疗的文化障碍、文化感受、治疗效果等），然后围绕这些具体问题去设计改编的目标和路径。Castro, Barrera 和 Holleran Steiker（2010）总结了这种文化改编干预实践的四个基本步骤：收集信息、开发初步设计方案、实施初步测试，最后对改编进行优化。Naeem 等（2015）运用此类思路为巴基斯坦心理健康服务资源紧张的地区开发了一种文化改编 CBT（culturally adapted CBT, CA-CBT）：通过在当地开展一系列质性研究（包括访谈和田野观察）收集关于 CBT 疗法在当地文化中的障碍、与当地文化价值的一致性等信息，然后改编形成一个包括 6 次会谈和 1 次家庭会谈的简短 CA-CBT 手册。由下至上的思路通常会形成突出文化特异性的改编方案，比如 Hinton 等（2012）的 CA-CBT 研究就针对东南亚等地区难民不容许情绪表露的特点，对 CBT 中情绪表露和情绪调节技巧的训练进行了文化上的调整（如使用冥想和瑜伽伸展练习）。这一改编方案其后也被该团队应用于具有类似特点的波斯语难民群体的 CA-CBT 研究中（Kananian, Ayoughi, Farugie, Hinton, & Stangier, 2017）。Gomes，Chowdhary，Vousoura 和 Verdeli（2016）在印度进行的人际关系疗法（interpersonal psychotherapy, IPT）的改编结合了对利益相关者的咨询和对干预关键因素的形成性评估研究，确定了文化改编的主要领域，包括：语言、概念、隐喻使用、宣传讲义和宗教实践，以应对当地的特殊文化环境（如对心理疾病的歧视）。针对某些少数族群（如墨西哥/拉丁裔）常见的健康行为问题，如肥胖（Azevedo et al., 2013）、物质滥用和成瘾（Burrow-Sanchez, Minami, & Hops, 2015）等的文化干预

研究也常从依托于家庭与基层社区的质性研究开始。

两种文化改编的思路并行不悖。当前不少研究都是同时使用两种方法，既有上层理论的支持，也充分吸收直接指向服务问题的底层信息（Hwang, 2012）。比如，Hwang 等（2015）的 CBT 改编研究中，除了前述由上至下的指导框架（PAMF）外，还使用了一种社区参与式的由下至上的方法，称为改编心理治疗的形成性方法（Formative Method for Adapting Psychotherapy, FMAP），其具体程序与其它由下至上思路大体类似（Hwang, 2009）。Edge 等（2016）针对非裔加勒比精神分裂症患者家庭的家庭疗法文化改编研究则结合了三种来源的信息：第一，对文化改编干预的重要因素进行理论综述；第二，对核心利益相关者如何看待家庭治疗展开质性研究；第三，从一个全国样本中抽取专家，召开专家会议对前两方面的信息进行综合分析，确定适合该群体的文化改编家庭疗法的关键因素。

综上所述，技能模型与适应模型相同点在于它们都关注文化胜任力的“内容”，也都明确指向某个特定的种族、民族或其它文化群体。内容取向因其具有较为充足的实证文献而长期占据文化胜任力研究的主流，特别是文化改编疗法的积极效果也获得了一些元分析的支持（Windsor, Alexis, & Alessi, 2015; Soto, Smith, Griner, Rodriguez, Bernal, 2018）。不过也有研究者批评内容取向过度强调族群特征（Pon, 2009），用简单的种族标签来“裁剪”（tailored）本来具有完整理论路径的成熟疗法，可能导致忽视群体内部的复杂文化动力过程（Lakes, López, & Garro, 2006）。这种批评也促生了文化胜任力的另一种理论取向。

2.2 过程取向

过程取向主要关注提供文化胜任服务的动态、非结构化的“过程”，认为文化服务的意义不仅仅是针对族群差异，而要更多地关注文化对服务背后的普遍性动力机制和意义建构过程的影响（González, Biever, & Gardner, 1994; López, 1997）。在过程取向的理论看来，心理健康服务的文化胜任力并不一定要有固定的族群“内容”，它可应用于所有个案，而不仅仅是特定族群的个体（Wendt & Gone, 2012）。过程取向的实践策略也可以分为两种：一种是个案中心（case-centered）的方法，它关注每一个个案中超越群体身份的普遍性过程因素，重视可能被族群标签掩盖的其它社会文化问题，包括但不限于性别、社会阶层、经济地位或政治背景等（Lakes, López, & Garro, 2006）。另一种策略则是使用具有文化敏感性和跨文化普适性的服务过程工具，为实践者灵活地应对服务中的各维度、各层次的文化因素提供支持（Mezzich, Caracci, Fabrega, & Kirmayer, 2009）。

第一，个案中心的文化胜任力实践方法有两个关注重点：一个是关注文化对普遍性服务过程的影响；另一个是重视“多元文化”之外的其它社会文化因素。首先，一些支持过程取向的学者认为，按照族群划分（比如美国人口普查五分法）的文化胜任力，可能导致过于强调心理健康问题和服务中的群体特异性因素，而忽视同样重要的跨文化普遍性因素（Patterson, 2004）。向少数族群提供有区别的干预或服务甚至有可能强化族群的刻板印象，或暗示其心理健康问题是由于族群本质差异而产生的（Pon, 2009）。因此，文化胜任力的研究和实践没有必要直接指向明确的族群特征（Sue & Zane, 1987; López, 1997; Sue, 1998）。该取向通常用更动态的方式看待“文化”，将其视为迭代的、演化的和灵活变动的过程，而不仅仅是固定不变的族群特征（Whaley & Davis, 2007）。依据这种文化观，实践者不使用特定族群的标签划分来访者，而要在每一个个案中灵活地去发掘个体的文化认同、观念、价值和需求。这些方法可以通过改善一般性的过程动力（比如咨访关系、信任、对干预的接受程度等）来提升服务质量（Lakes, López, & Garro,

2006）。

其次，个案中心方法的另一个关注重点是关注心理健康服务中经常被忽视的族群之外的社会文化因素。一些学者认为基于族群划分的心理健康服务除了可能强化刻板印象，还可能导致另一种问题，即用种族、民族、宗教等差异掩盖了对个体来说可能更为重要的其它社会文化动力（Arredondo & Toporek, 2004），比如性别歧视或社会经济地位的不平等（Sempértegui, Knipscheer, & Bekker, 2018）。所以，心理健康服务者应同时具备人类学家的视角，将心理健康问题视为广义的"社会疾痛"（social suffering）问题的一部分，而不单纯从个体心理病理的角度去理解心理健康问题（Kirmayer, 2012; Kuah-Pearce, Kleinman, & Harrison, 2014; Wilkinson & Kleinman, 2016, pp. 14–15）。在这一视角下，近年来出现于西方咨询心理学领域的一个潮流就是鼓励咨询师超越严格的职业角色，吸收社会工作等专业领域的特点（social justice）（Bradley, Werth, & Hastings, 2012; Wendt, Gone, & Nagata, 2015）。人们期待文化胜任的咨询师能够察觉具有特权的强势群体如何压迫在社会中较少特权的弱势群体，及其背后的普遍性社会动力模式，主动关注"社会正义"问题（Motulsky, Gere, Saleem, & Trantham, 2014; Ratts, Singh, Butler, Nassar-McMillan, & Rafferty McCullough, 2016）。而个案中心的文化胜任力实践策略主要针对来访者个体而非其所属群体的文化需求和视角，因此就更善于捕捉特定文化群体内部的微妙差异，以及心理健康问题背后的深层社会文化因素。

个案中心的方法以贯穿于个案干预过程的通用能力作为文化胜任力的表现，因此其具体实践策略仍然吸收了早期文化胜任力技能模型（Sue, 2001）中的很多通用能力，如文化意识、尊重多元文化的态度、文化敏感性、察觉自身文化认同和偏见的能力等，但去掉了依赖静态族群知识的部分（S. Sue, 1998）。过程取向的具体研究通常以某种弥散在整个服务过程中的文化动力及相关意识作为文化胜任力实践的核心。比如，López（1997）提出的转换文化透镜（shifting cultural lenses）模型，认为心理治疗文化胜任力的本质就是在两种文化视角之间不断转换的能力。治疗师需要察觉和跳脱自身的文化预设，整合双方的视角。治疗师不需要去了解群体的共同特征，而是去理解来访者针对自身问题所构建的文化意义，并将之整合到个案的评估与治疗过程中（Lakes, López, & Garro, 2006）。Mattingly（2008）提出的跨文化服务策略以"用叙事理解他人的能力"（narrative mind reading）和共享叙事（shared narratives）为核心。Watson，Raju 和 Soklaridis（2017）提出的文化胜任督导策略，则通过三种教学成分及督导策略，即反思（reflection）、谦逊（humility）和与他者合作（working with otherness），将作为文化胜任服务核心的"不知"（not knowing）立场传递给受训者。不过，多数个案中心的研究都是以理论建构与个案分析为主要方法，相对缺乏系统、标准化的实证基础，这也在一定程度上限制了其在实践中的影响力。

第二，过程取向的另一种实践策略则更像是对早期个案中心方法不足之处的一种补充。这种策略使用服务过程工具来支持非群体导向的通用能力实践，相对标准、可量化的内容，特别是可以更好地支持实证研究和结果评估。此类文化工具一般是针对服务过程的某个通用阶段。比如，DSM-IV 中的文化概念化概貌（outline for cultural formulation, OFI）（American Psychiatric Association, 2000, pp. 897–898）和 DSM-5 中的文化概念化访谈（cultural formulation interview, CFI）（American Psychiatric Association, 2013, pp. 750–757）是用于个案文化评估和概念化过程的工具。OFI 概述了文化问题的五个评估领域：个体文化身份、疾病的

文化解释、心理支持和功能的文化特征、治疗关系的文化要素，以及相关临床信息的总体评估。CFI 则是在此基础上发展而来的半结构式访谈，包含 16 个标准问题。研究发现，使用此类文化访谈可以影响干预中的一些普遍性过程因素，比如改善沟通的质量（Aggarwal, Desilva, Nicasio, Boiler, & Lewis-Fernández, 2015）。OFI 和 CFI 既可以作为文化胜任力的培训工具（Mills, Xiao, Wolitzky-Taylor, Lim, & Lu, 2017），也可以通过对标准访谈过程的评估来比较不同培训方式的效果（Aggarwal et al., 2016）。

还有很多通用工具并不是针对特定族群开发，甚至不像 CFI 一样是专门为解决心理健康服务中的文化问题而开发的。但其在实践中确实有助于提升服务的文化胜任力。比如，研究者在一项对鸦片成瘾的美沙酮维持治疗研究中，使用一种类似认知地图的概念地图工具（用点-线表示来访者对问题的认识和解释）来呈现来访者问题，发现该方法在少数族群中比在白人中能更好地提升治疗维持率和戒除效果（Dansereau, Joe, Dees, & Simpson, 1996），这也许是因为图形呈现能够弥补少数族群由于教育、阶层等原因对自身症状认知的不足，这就是表面族群差异背后的一种普遍性的社会文化动力因素。具有文化敏感性的评估工具“投入访谈计划”（Engagement Interview Protocol, EIP）（Yeung et al., 2010）则是以 Kleinman（1980）的通用疾病解释模型理论为基础开发出来的。近年来，一些通用的心理健康服务胜任力评估工具，通过在开发过程中使用多国家、民族样本，或加入文化维度等方式，从一开始就保证工具的跨文化适用性（Kohrt et al., 2015; Brown et al., 2017）。这些工具在某种程度上反映了过程取向的一种潜在倾向：即文化胜任力可能只是普遍胜任力的一种特例，实现普遍有效的心理健康服务的同时，就能够顺带着实现“文化胜任”（Sue, Zane, Hall, & Berger, 2009）。

综上所述，个案中心的方法与使用通用工具的策略虽然在思路上具有很大差异，但其共同点在于它们都关注文化胜任力的“过程”，也都是指向非特定族群的个体文化观念。过程取向从理论视角上说可以兼顾文化的特异性与普遍性。但个案中心视角的流动性与通用工具的标准化还有待进一步结合（Aggarwal, Nicasio, DeSilva, Boiler & Lewis-Fernández, 2013）。另外，过程取向本身不像内容取向的文化改编等方法一样，可针对特定群体、特定疗法给出明确的操作指南，在具体个案中如何实现文化胜任力更多依赖于实践者本身的理解。因此设计能够传达深层文化思考的可靠教学和督导方法也是重要方向之一（Watson, Raju, & Soklaridis, 2017）。

2.3 两种取向的异同

心理健康服务文化胜任力的两种取向既存在差异，也有共通之处。其中，差异存在于理论的出发点、关注点、文化视角、文化胜任力的具体界定以及实践策略上，而共通之处则在于为了真正让文化胜任力有益于服务对象，它们都面对着文化特异性与普遍性因素的平衡问题。

表 1 文化胜任力两种理论取向的比较

	内容取向	**过程取向**
出发点	解决少数族群的心理健康不平等问题	关注影响心理健康问题的普遍性社会文化动力
关注点	文化胜任力的“内容”	实现文化胜任力的“过程”

文化胜任力的界定	服务提供者或服务活动满足特定多元文化群体需求的能力和特征	根据普遍性的文化原则为具体个案提供文化胜任服务的能力
文化视角	基于群体（族群）的文化特征	基于个体或跨群体的文化特征
实践策略	建构服务提供者的能力指标和培训体系（技能模型）	培养关于服务动力过程的文化意识和技巧（个案中心的策略）
	对干预方法或服务系统进行文化改编（适应模型）	用针对服务过程的通用文化工具支持文化胜任的服务（通用文化工具的策略）

第一，两种理论取向存在相互关联的多方面差异（表 1）。由于有不同的出发点，才会关注文化胜任力的不同方面，并采取不同的文化视角，而这又决定了文化胜任力不同的操作性界定，以及最终的实践思路与策略。内容取向最初针对的是少数族群的心理健康不平等问题，因此主要从族群差异入手，从解决族群不平等、提升少数族群服务水平的视角来建构文化胜任力理论（Sue, 2001）。这就决定了内容取向的“文化胜任力”更多地是一种“多元文化胜任力”，甚至“少数族群文化胜任力”。相比早期的技能模型，适应（改编）模型更加明确这种思路，并逐渐与循证实践结合，其标准化和可操作性使该类模型获得了文化胜任力文献中最多的实证证据（Huey et al., 2014）。过程取向的理论出发点则是关注心理健康服务中普遍的社会文化动力。其中隐含着一种文化普遍性立场，即不管面对来自哪种文化背景的来访者，心理健康服务都需要同样的敏感性和智慧来突破文化壁垒（Lakes, López, & Garro, 2006）。在这个角度上，我们或许可以说过程取向的“文化胜任力”比内容取向的更接近一种“社会文化胜任力”。

内容取向从理论出发点和文化视角上看，相对更强调文化胜任力的群体特异性内容。但有时常规服务的简化会造成一些问题，比如有些简化的“文化改编”服务仅为来访者提供来自同一族群的治疗师或服务人员，就假定可以直接解决文化障碍，而忽视了族群内差异（教育背景、社会阶层等）可能对个案产生的影响（Lakes, López, & Garro, 2006）。这种简化可能让来访者感到自己仅是因为所属族群而被“区别对待”，没有得到和主流群体同等标准的服务（Pon, 2009）。虽然内容取向在心理学理论上具有跨文化的普遍性内核（比如技能模型的基本能力结构、适应模型中疗法的核心原理等），但在具体服务中，简化的族群特征标签可能就会简单地赋予来访者以未经检验的假定文化特征和视角（Kirmayer et al., 2012）。这就是所谓的“文化本质主义”的风险，即将来自不同群体的个体心理差异归因于两个群体本质上的差异（比如生物学基础）（Fuller, 2002）。对此，有学者提出，文化改编应该有选择的进行，只有在证据显示某种疗法确实与特定文化群体特征极不匹配时才能采用（Lau, 2006）。也就是说，要在群体差异的实证证据基础上，以保持疗法本身跨文化普遍性内核为原则来进行适度的改编。根据情况来区分使用较为表面化的改编（如直接对基于主流群体样本的干预方法进行翻译、修订，或只改变一些表面的文化成分）和较深层次的改编（如以原疗法的

思想为指导使用特定文化的疗愈传统和本土民间实践等）（Lau, Chang, Okazaki, & Bernal, 2016）。这也为内容取向（特别是疗法改编方法）提出了未来进一步发展的方向，即建立一套更为标准化的循证实践操作框架（Rathod et al., 2018）。

过程取向则恰恰是以反思群体导向文化观的问题为理论出发点。它提倡将跨文化普遍性视角（文化动力机制的共性）与个体特异性视角（文化认同的个体差异）相结合，以平衡过于强调群体差异可能带来的问题（López, 1997; Lakes, López, & Garro, 2006）。过程取向对普遍性与特异性问题的平衡主要依赖于理论建构，特别是来自社会科学的观点和概念，比如美国心理学会 2017 年的多元文化实践指南中就用到社会学中的“交叉性”（intersectionality）概念来说明“（文化）认同和自我定义是流动和复杂的”（American Psychological Association, 2017a, p4）。这一概念强调，社会压迫并不仅仅作用于单一的身份范畴（如种族、民族、性别、阶级等），而是通过相互关联的权力与等级结构作用于所有范畴（Moradi & Grzanka, 2017）。

虽然过程取向在理论建构上平衡了普遍性和特异性因素，但现实中同样不是那么容易实践这种平衡。服务者必须能够超越刻板化的“黑人/亚裔/印第安人……”的族群标签，既能灵活应用通用工具，又能深入挖掘影响个案的内群体社会动力（比如去理解“心理疾病”、“特殊性取向”之类的标签如何超越种族认同引发族群内的歧视）（Good & Hannah, 2015）。但一方面，要在繁琐的临床服务工作中时刻保持这种敏感性殊为不易。如一项 CFI 跨国田野试验发现，服务者对 CFI 可行性的评价比服务对象要低，因为他们更了解在现实中实施这种高水平访谈的困难（Lewis-Fernández et al., 2017）。另一方面，简单地为了反对族群刻板印象而提倡“普遍性”，又可能导致过度的“文化普遍主义”，忽视客观存在的群体差异，使多元文化的心理健康服务“以失去有区别的文化能力为代价”（Wendt & Gone, 2012）。所以，即使多数培训指南和机构政策都支持“以个案为中心”而非“基于族群标签”的动态文化观，很多心理健康服务者（特别是机构管理者）在实践中也仍然倾向于将文化视为静态的背景，尤其特指某种族、民族、语言或宗教（Aggarwal et al., 2013）。因为不用这些人口学标签来定义文化，很多服务者就不知道如何提供有针对的服务（Aggarwal et al., 2016）。

正因为认识到各类方法在处理复杂的现实文化问题时都存在局限性，相关研究以及指南和标准的制定逐渐开始通过糅合不同理论取向和实践策略的优点，在文化的特异性和普遍性之间取得更好的平衡。比如，美国心理学会 2002 发布的多元文化实践指南虽然很大程度上从技能模型中获得灵感，但却认为没有必要设计一套专门的心理技能清单来实践文化服务，而应当使用可以用于任何高质量心理服务的通用过程，比如理解个案的文化背景、使用文化适合的测量工具、准备多种干预方法等（American Psychological Association, 2003）。同样，DSM-5 对文化的定义既包括了静态文化标签，也提及了医学人类学的动力观（American Psychiatric Association, 2013, p. 749）。另外，由于移民、难民问题，西方发达国家正处于文化超多元（superdiversity）的冲击下，即原有族群逐渐缩小、碎片化，族群内差异增加，个体文化认同的来源和层次复杂化（Meissner & Vertovec, 2015）。一个个体可能具有跨群体（例如多种族、多民族混血）认同，或对多种不同维度的文化范畴（例如，种族、民族、社会阶层、教育背景、亚文化等）具有认同。有些个体希望被视为特定群体成员，有些则更愿意强调自身不同于内群体的特异性（Good & Hannah, 2015）。对于超多元的认同状态，心理健康服务的实践者可能难以找到一种文化“万灵药”，即能解决服务中所有文化问题的理论取向

（Hannah, 2011）。因此，可以通过建构文化胜任力发挥作用所依赖的共有原则来整合不同的理论视角（Chu, Leino, Pflum, & Sue, 2016），比如，用过程取向的视角来指导疗法的文化改编，提升其普适的文化敏感性（Kopelowicz et al., 2015）。

3 总结与展望

由两种理论取向和实践策略的发展可见，心理健康服务的文化胜任力受到实践中面对的群体、所处的时代和环境等多方面因素影响。如前所述，西方当前已有相当多可供参考的方法路径和实践范例，但在概念定义和标准建设上仍有相当多的争议，而在作用机制探索上也还并不成熟，这些都可以成为我国发展心理健康服务文化胜任力的切入点。对此，以下试提出三个值得关注的方面。

第一，进一步探究文化胜任力在心理健康服务中的作用机制。国外两种取向的文化胜任服务最初都是理论导向的，近年来才开始积累较多的实证证据，但主要仍是以干预效果的检验为主，对机制的探索还相对较少（Huey et al., 2014）。这方面的重点包括：对文化胜任力实践的主要自变量（比如服务者族群、语言的匹配）进行更清晰的定义与测量；确定通用过程中可能的中介变量，如咨访关系、干预的参与率与维持率等；明确用哪些服务效果指标作为因变量，如症状缓解与社会功能恢复等（Chu et al., 2016）。另外，实证研究也需要对不同策略结合使用的效果和交互机制进行探索，以确定如何对不同方法的优点进行融合和改进，形成最适合某一心理健康服务情境的实践策略。

第二，以中国问题为核心建构文化胜任力的模型和标准。直到今天，西方心理健康服务领域仍然在努力统一文化胜任力的定义，并整合不同的理论取向。前述欧美主要国家专业组织发布的文化胜任力实践指南或标准在理论建构上，大都是以具有本国特色的文化问题为核心（American Psychological Association, 2003, 2017a; Kirmayer et al., 2012; Psychology Board of Australia, 2017; Schouler-Ocak et al., 2015）。虽然国内已有通用的胜任力指标研究涉及文化维度（王铭，江光荣，闫玉朋，周忠英，2015），但还没有专门的文化胜任力理论与指标体系。与西方国家相比，中国社会较少有种族、移民问题和平权运动背景，但有自身的民族、人口流动、地区差异以及中西方心理文化的异同等问题，这些或可替代西方以族群问题为中心的出发点成为本土文化胜任力建构的基础。

第三，与社会科学取向的心理学研究相结合。前文所述两种文化胜任力取向的局限性一定程度上都是产生于较为单一的关注点和文化视角。因此，当前国外文化胜任力运动的一个发展趋势是借助人类学、社会学、社会工作等人文社科专业的视角来深化文化胜任力的文化分析基础（Gone, 2015）。在我国当前推进社会心理服务体系建设的大背景下，心理健康服务应该是整个社会心理服务体系的有机组成部分（王俊秀，2020）。心理健康服务要建立紧扣中国现实的“文化胜任力”，就需要与作为社会心理服务体系主线的社会心态治理等进行更紧密的结合。比如，社会心态、共同体认同等社会心理学主题（吕小康，汪新建，2018）就可以帮助研究者确定本土心理视角下“文化”的定义，以及当前中国人的文化认同状态和核心文化问题，为发展心理健康服务中的文化胜任力提供资源。

参考文献

国家卫生健康委员会疾病预防控制局. (2016). 关于加强心理健康服务的指导意见. 2019-12-16 *取自 http://www.nhc.gov.cn/cms-search/xxgk/getManuscriptXxgk.htm?id=6a5193c6a8c544e59735389f31c971d5*

吕小康, 汪新建. (2018). 中国社会心理服务体系的建设构想. *心理科学, 41*(5), 1026–1030.

王俊秀. (2020). 多重整合的社会心理服务体系：政策逻辑、建构策略与基本内核. *心理科学进展, 28*(1), 55–61.

王铭, 江光荣, 闫玉朋, 周忠英. (2015). 我国心理咨询师与治疗师职业资格认证办法. *中国心理卫生杂志,* (7), 503–509.

Aggarwal, N. K., Cedeño, K., Guarnaccia, P., Kleinman, A., & Lewis-Fernández, R. (2016). The meanings of cultural competence in mental health: An exploratory focus group study with patients, clinicians, and administrators. *SpringerPlus, 5*, 384.

Aggarwal, N. K., Desilva, R., Nicasio, A. V., Boiler, M., & Lewis-Fernández, R. (2015). Does the cultural formulation interview for the fifth revision of the diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) affect medical communication? A qualitative exploratory study from the New York site. *Ethnicity & Health, 20*(1), 1–28.

Aggarwal, N. K., Lam, P., Castillo, E. G., Weiss, M. G., Diaz, E., Alarcón, Renato D., ... Lewis-Fernández, R. (2016). How do clinicians prefer cultural competence training? Findings from the DSM-5 cultural formulation interview field trial. *Academic Psychiatry, 40*(4), 584–591.

Aggarwal, N. K., Nicasio, A. V., DeSilva, R., Boiler, M., & Lewis-Fernández, R. (2013). Barriers to implementing the DSM-5 cultural formulation interview: A qualitative study. *Culture Medicine and Psychiatry, 37*(3), 505–533.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

American Psychological Association. (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist, 58*, 377–402.

American Psychological Association. (2015). *Standards of accreditation for health service psychology*. Retr ieved July, 2018, from https://www.apa.org/ed/accreditation/about/policies/standards-of-accreditation.pdf

American Psychological Association. (2017a). *Multicultural guidelines: An ecological approach to context, identity, and intersectionality*. Retrieved December, 2018, from: http://www.apa.org/about/policy/multicultural-guidelines.pdf

American Psychological Association. (2017b). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Retrieved July, 2018, from http://www.apa.org/ethics/code/

Arredondo, P., & Toporek, R. (2004). Multicultural counseling competencies = ethical practice. *Journal of Mental Health Counseling, 26*(1), 44–55.

Azevedo, K. J., Mendoza, S., Fernández, M., Haydel, K. F., Fujimoto, M., & Tirumalai, E. C., ... Robinson, T. N. (2013). Turn off the TV and dance! Participation in culturally tailored health interventions: Implications for obesity prevention among Mexican American girls. *Ethnicity & Disease, 23*(4), 452–461.

Benuto, L. T., Singer, J., Newlands, R. T., Casas, J. B. (2019). Training culturally competent psychologists: Where are we and where do we need to go? *Training and Education in Professional Psychology, 13*(1), 56–63.

Bernal, G., Bonilla, J., & Bellido, C. (1995). Ecological validity and cultural sensitivity for outcome research: Issues for the cultural adaptation and development of psychosocial treatments with Hispanics. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23*(1), 67–82.

Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*(4), 361–368.

Bradley, J. M., Werth, J. L., & Hastings, S. L. (2012). Social justice advocacy in rural communities: Practical issues

and implications. *The Counseling Psychologist, 40*(3), 363–384.

Brown, R. C., Southam-Gerow, M. A., Mcleod, B. D., Wheat, E. B., Tully, C. B., & Reise, S. P., ... Weisz J. R. (2017). The global therapist competence scale for youth psychosocial treatment: Development and initial validation. *Journal of Clinical Psychology, 74*(4), 649–664.

Burrow-Sanchez, J. J., Minami, T., & Hops, H. (2015). Cultural accommodation of group substance abuse treatment for Latino adolescents: Results of an RCT. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 21*(4), 571–583.

Castro, F. G., Barrera, M. Jr., Holleran Steiker, L. K. (2010). Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*(6), 213–239.

Chu, J., Leino, A., Pflum, S., & Sue, S. (2016). A model for the theoretical basis of cultural competency to guide psychotherapy. *Professional Psychology: Research & Practice, 47*(1), 18–29.

Cross, T., Bazron, B., Dennis, C., Isaacs, M. R. (1989). *Towards a culturally competent system of care: A monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed*. Washington, DC: Georgetown University Child Development Center/CASSP Technical Assistance Center.

Dansereau, D. F., Joe, G.W., Dees, S. M., & Simpson, D. D. (1996). Ethnicity and the effects of mapping-enhanced drug abuse counseling. *Addictive Behaviors, 21*(3), 363–376.

Edge, D., Degnan, A., Cotterill, S., Berry, K., Drake, R., & Baker, J., ... Abel, K. (2016). Culturally-adapted family intervention (CaFI) for African-Caribbeans diagnosed with schizophrenia and their families: A feasibility study protocol of implementation and acceptability. *Pilot & Feasibility Studies, 2*(1), 39.

Fuller, K. (2002). Eradicating essentialism from cultural competency education. *Academic Medicine, 77*(3), 198–201.

Gillem, A. R., Bartoli, E., Bertsch, K. N., McCarthy, M. A., Constant, K., Marrero-Meisky, S., … Bellamy, S. (2016). Validation of a standardized multiple-choice multicultural competence test: Implications for training, sssessment, and practice. *Journal of Multicultural Counseling and Development, 44*(3), 209–224.

Gomes, M. F., Chowdhary, N., Vousoura, E., & Verdeli, H. (2016). "When grief breaks your heart": A case study of interpersonal psychotherapy delivered in a primary care setting. *Journal of Clinical Psychology, 72*(8), 807–817.

Gone, J. P. (2015). Reconciling evidence-based practice and cultural competence in mental health services: Introduction to a special issue. *Transcultural Psychiatry, 52*(2), 139–149.

González, R. C., Biever, J. L., & Gardner, G. T. (1994). The multicultural perspective in therapy: A social constructionist approach. *Psychotherapy: Theory Research & Practice, 31*(3), 515–524.

Good, M. J. D., & Hannah, S. D. (2015). "Shattering culture": Perspectives on cultural competence and evidence-based practice in mental health services. *Transcultural Psychiatry, 52*(2), 198–221.

Hannah, S. D. (2011). Clinical care in environments of hyperdiversity. In M. J. D. Good, S. S. Willen, S. D. Hannah, K. Vickery, & L. T. Park (Eds.) *Shattering culture: American medicine responds to cultural diversity* (pp. 35–69). New York, NY: Russell Sage Foundation.

Hinton, D. E., Rivera, E. I., Hofmann, S. G., Barlow, D. H., & Otto, M. W. (2012). Adapting CBT for traumatized refugees and ethnic minority patients: Examples from culturally adapted CBT (CA-CBT). *Transcultural Psychiatry, 49*(2), 340–365.

Huey, Jr., S. J., Tilley, J. L., Jones, E. O., & Smith, C. A. (2014). The contribution of cultural competence to evidence-based care for ethnically diverse populations. *Annual Review of Clinical Psychology, 10*(10), 305–338.

Hwang, W. C. (2006). The psychotherapy adaptation and modification framework: Application to Asian Americans. *American Psychologist, 61*(7), 702–715.

Hwang, W. C. (2009). The formative method for adapting psychotherapy (FMAP): A community-based

developmental approach to culturally adapting therapy. *Professional Psychology Research & Practice, 40*(4), 369–377.

Hwang, W. C. (2012). Integrating top-down and bottom-up approaches to culturally adapting psychotherapy: application to Chinese Americans. In: Bernal, G.; Rodríguez, M. M. D., (eds.) *Cultural adaptations: Tools for evidence-based practice with diverse populations* (p. 179–198). Washington, DC: American Psychological Association.

Hwang, W. C., Myers, H. F., Chiu, E., Mak, E., Butner, J. E., Fujimoto, K., … Miranda, J. (2015). Culturally adapted cognitive-behavioral therapy for Chinese Americans with depression: A randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, *66*(10), 1035–1042.

Johnson, A., & Williams, D. J. (2015). White racial identity, color-blind racial attitudes, and multicultural counseling competence. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 21*(3), 440–449.

Kananian, S., Ayoughi, S., Farugie, A., Hinton, D., & Stangier, U. (2017). Transdiagnostic culturally adapted CBT with Farsi-speaking refugees: A pilot study. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(sup2), 1390362.

Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry, 49*(2), 149–164.

Kirmayer, L. J., Fung, K., Rousseau, C., Lo, H. T., Menzies, P., Guzder, J., ... & Mckenzie, K. (2012). Guidelines for Training in Cultural Psychiatry. *The Canadian Journal of Psychiatry, 57*(3), S1–S16.

Kleinman, A. M. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, CA: University of California Press.

Kleinman, A., Estrin, G. L., Usmani, S., Chisholm, D., Marquez, P. V., & Evans, T. G., ... Saxena, S. (2016). Time for mental health to come out of the shadows. *Lancet, 387*, 2274–2275.

Kohrt, B. A., Jordans, M. J. D., Rai, S., Shrestha, P., Luitel, N. P., Ramaiya, M. K., … Patel V. (2015). Therapist competence in global mental health: Development of the enhancing assessment of common therapeutic factors (ENACT) rating scale. *Behaviour Research and Therapy, 69*, 11–21.

Kopelowicz, A., Zarate, R., Wallace, C. J., Liberman, R. P., Lopez, S. R., & Mintz, J. (2015). Using the theory of planned behavior to improve treatment adherence in Mexican Americans with schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(5), 985–993.

Kuah-Pearce, K. E., Kleinman, A., & Harrison, E. (2014). Social suffering and the culture of compassion in a morally divided China. *Anthropology & Medicine, 21*(1), 1–7.

Lakes, K., López, S. R., & Garro, L. C. (2006). Cultural competence and psychotherapy: Applying anthropologically informed conceptions of culture. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*, 380–396.

Lau, A. S. (2006). Making the case for selective and directed cultural adaptations of evidence-based treatments: Examples from parent training. *Clinical Psychology Science & Practice, 13*(4), 295–310.

Lau, A. S., Chang, D. F., Okazaki, S., & Bernal, G. (2016). Psychotherapy outcome research with ethnic minorities: What is the agenda? In N. Zane, G. Bernal, & F. Leong (Eds.), *Evidence-based psychological practice with ethnic minorities* (pp. 31–53). Washington, DC: American Psychological Association.

Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., Lam, P. C., Galfalvy, H., Weiss, M. G., Kirmayer, L. J., … Vega-Dienstmaier J. M. (2017). Feasibility, acceptability and clinical utility of the Cultural Formulation Interview: Mixed-methods results from the DSM-5 international field trial. *The British Journal of Psychiatry, 210*, 290–297.

López, S. R. (1997). Cultural competence in psychotherapy: A guide for clinicians and their supervisors. In C. E. Watkins, Jr. (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 570–588). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

Mattingly, C. (2008). Reading minds, telling tales and creating dramas in a cultural borderland. *Ethos, 36*(1): 136–154.

Meissner, F., & Vertovec, S. (2015). Comparing super-diversity. *Ethnic and Racial Studies, 38*(4), 541–555.

Mezzich, J. E., Caracci, G., Fabrega, H., & Kirmayer, L. J. (2009). Cultural formulation guidelines. *Transcultural Psychiatry, 46*(3), 383–405.

Mills, S., Xiao, A. Q., Wolitzky-Taylor, K., Lim, R., & Lu, F. G. (2017). Training on the DSM-5 cultural formulation interview improves cultural competence in general psychiatry residents: A pilot study. *Transcultural Psychiatry, 54*(2), 179–191.

Moradi, B., & Grzanka, P. (2017). Using intersectionality responsibly: Toward critical epistemology, structural analysis, and social justice activism. *Journal of Counseling Psychology, 64*(5), 500–513.

Motulsky, S. L., Gere, S. H., Saleem, R., & Trantham, S. M. (2014). Teaching social justice in counseling psychology. *The Counseling Psychologist, 42*(8), 1058–1083.

Naeem, F., Gul, M., Irfan, M., Munshi, T., Asif, A., & Rashid, S., … Ayubk, M. (2015). Brief culturally adapted CBT (CaCBT) for depression: A randomized controlled trial from Pakistan. *Journal of Affective Disorders, 177*, 101–107.

Nanda, S., & Warms, R. L. (2017). *Culture counts: A concise introduction to cultural anthropology, fourth edition.* Boston, US: Cengage Learning.

Patterson, C. H. (2004). Do we need multicultural counseling competencies? *Journal of Mental Health Counseling, 26*(1), 67–73.

Pedersen, P. (1988). *A handbook for developing multicultural awareness.* Alexandria, VA, US: American Counseling Association.

Pon, G. (2009). Cultural competency as new racism: An ontology of forgetting. *Journal of Progressive Human Services, 20*(1), 59–71.

Psychology Board of Australia. (2017). *Guidelines for the 4+2 internship program*. Retrieved July, 2018, from https://www.psychologyboard.gov.au/Standards-and-Guidelines/Codes-Guidelines-Policies.aspx

Rathod, S., Gega, L., Degnan, A., Pikard, J., Khan, T., Husain, N., …Naeem, F. (2018). The current status of culturally adapted mental health interventions: A practice-focused review of meta-analyses. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 14*, 165–178.

Ratts, M. J., Singh, A. A., Butler, S. K., Nassar-McMillan, S., & Rafferty McCullough, J. (2016). Multicultural and social justice counseling competencies: Practical applications in counseling. *Counseling Today, 58*(8), 40–45.

Schouler-Ocak, M., Graefcalliess, I. T., Tarricone, I., Qureshi, A., Kastrup, M. C., & Bhugra, D. (2015). EPA guidance on cultural competence training. *European Psychiatry, 30*(3), 431–440.

Sempértegui, G. A., Knipscheer, J. W., & Bekker, M. H. J. (2018). Development and evaluation of diversity-oriented competence training for the treatment of depressive disorders. *Transcultural Psychiatry, 55*(1), 31–54.

Soto, A., Smith, T. B., Griner, D., Rodriguez, M. D., Bernal, G. (2018). Cultural adaptations and therapist multicultural competence: Two meta-analytic reviews. *Journal of Clinical Psychology. 74*(11) SI, 1907–1923.

Spanierman, L. B., Poteat, V. P., Whittaker, V. A., Schlosser, L. Z., & Arévalo Avalos, M. R. (2017). Allies for life? Lessons from white scholars of multicultural psychology. *The Counseling Psychologist, 45*(5), 618–650.

Sue, D. W. (2001). Multidimensional facets of cultural competence. *Counseling Psychologist, 29*, 790–821.

Sue, D. W., Arredondo, P., & McDavis, R. J. (1992). Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession. *Journal of Counseling & Development, 70*(4), 477–486.

Sue, D. W., Bernier, J. E., Durran, A., Feinberg, L., Pedersen, P., & Smith, C. J. (1982). Cross-cultural counseling competencies. *The Counseling Psychologist, 19*, 45–52.

Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist, 53*(4), 440–448.

Sue, S., & Zane, N. (1987). The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: A critique and reformulation. *American Psychologist, 42*, 37–45.

Sue, S., Zane, N., Hall, G. C. N., & Berger, L. K. (2009). The case for cultural competency in psychotherapeutic interventions. *Annual Review of Psychology, 60*, 525–548.

Watson, P., Raju, P., & Soklaridis, S. (2017). Teaching not-knowing: Strategies for cultural competence in psychotherapy supervision. *Academic Psychiatry, 41*, 55–61.

Wendt, D. C., & Gone, J. P. (2012). Rethinking cultural competence: Insights from indigenous community treatment settings. *Transcultural Psychiatry, 49*(49), 206–222.

Wendt, D. C., Gone, J. P., & Nagata, D. K. (2015). Potentially harmful therapy and multicultural counseling: Bridging two disciplinary discourses. *The Counseling Psychologist, 43*(3), 334–358.

Whaley, A., & Davis, K. (2007). Cultural competence and evidence-based practice in mental health services: A complementary perspective. *American Psychologist, 62*, 563–574.

Wilkinson, I., & Kleinman, A. (2016). *A passion for society: How we think about human suffering*. Oakland, US: University of California Press.

Windsor, L. C., Alexis, J., & Alessi, E. J. (2015). Cognitive behavioral therapy: A meta-analysis of race and substance use outcomes. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology, 21*(2), 300–313.

Yeung, A., Shyu, I., Fisher, L., Wu, S., Yang, H., & Fava, M. (2010). Culturally sensitive collaborative treatment for depressed Chinese Americans in primary care. *American Journal of Public Health, 100*(12), 2397–2402.

(通讯作者：陈子晨　E-mail:chenzc@nankai.edu.cn)

作者贡献声明：

陈子晨：研究命题提出和思路设计，论文起草和最终版本修订。

姜鹤：文献资料获取和分析，格式和语言校对。